

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1929

THESE



N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Israël POLAC

Né à Jassy (Roumanie), le 30 octobre 1897

Contribution à l'Etude du Traitement

DES

Varices volumineuses du membre inférieur

Ligature et Résection de la Crosse de la Saphène
seule ou associée aux injections sclérosantes

Président : M. LEJARS, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

1929



THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

ANNÉE 1929

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Israël POLAC

Né à Jassy (Roumanie), le 30 octobre 1897

Contribution à l'Étude du Traitement

DES

Varices volumineuses du membre inférieur

Ligature et Résection de la Crosse de la Saphène
seule ou associée aux injections sclérosantes

Président : M. LEJARS, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

—
1929

LE DOYEN. M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie.	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.	CUNEO.
Physiologie.	ROGER
Physique médicale.	STROHL.
Chimie médicale.	DESGREZ.
Bactériologie.	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.	N...
Pathologie médicale.	N...
Pathologie chirurgicale.	LECÈNE.
Anatomie pathologique.	ROUSSY.
Histologie.	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.	TIFFENEAU.
Thérapeutique.	LÉPER.
Hygiène et médecine préventive.	TANON.
Médecine légale.	BALTHAZAR.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée.	RATHERY.
Hydrologie, thérapeutique et climatologie.	M. VILLARET.
Clinique médicale.	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants.	NCBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.	TEISSIER.
Clinique chirurgicale.	DELBET.
	HARTMANN
	LEJARS.
Clinique ophtalmologique.	GOSSET.
Clinique urologique.	TERRIEN.
	LEGUEU.
Clinique d'accouchements.	COUVELAIRE
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.	SERGENT.
Clinique de la tuberculose.	Léon BERNARD
Professeur sans chaire.	BRANCA
Professeur sans chaire.	MAUCLAIRE.

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.		MM.	
ALAJOUANINE	Neurologie et psychiatrie.	LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.
AUBERTIN	Pathologie médicale.	LAROCHE (Guy)	Pathologie médicale.
BÉNARD (Henri)	Pathologie médicale.	LEMAITRE	Oto-rhino-laryngologie.
BINET	Physiologie.	LEROUX	Anatomie pathologique.
BLANCHETIÈRE	Chimie biologique.	LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
BROCQ	Pathologie chirurgicale.	LIAN	Pathologie médicale.
BRULÉ	Pathologie médicale.	MERCIER (Fern.)	Pharmacologie.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.	MONDOR	Pathologie chirurgicale.
CATHALA	Pathologie médicale.	MOREAU	Pathologie médicale.
CHABROL	Pathologie médicale.	MOULONGUET	Pathologie chirurgicale.
CHEVALLIER	Pathologie médicale.	MOURE	Pathologie chirurgicale.
DE GAUDART D'ALLAINES	Pathologie chirurgicale.	MULON	Histologie.
DOGNON	Physique.	OBERLING	Anatomie pathologique.
DONZELOT	Pathologie médicale.	OLIVIER	Anatomie.
ÉCALLE	Obstétrique.	PIÉDELIEVRE	Médecine légale.
FEY	Urologie.	PORTES	Obstétrique.
GARNIER	Pathologie expérimentale.	QUÉNU	Pathologie chirurgicale.
GASTINEL	Bactériologie.	RICHET	Physiologie.
GATELLIER	Pathologie chirurgicale.	SÉZARY	Dermatologie et syphiligraphie.
GIROUD	Histologie.	VALLERY-RADOT (Pasteur)	Pathologie médicale.
HARVIER	Pathologie médicale.	VAUDESCAL	Obstétrique.
HOVELACQUE	Anatomie.	VELTER	Ophthalmologie.
HUTINEL	Pathologie médicale.	VERNE	Histologie.
JOANNON	Hygiène.	VIGNES	Obstétrique.
JOYEUX	Parasitologie.		

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.		MM.	
BUSQUET	Pharmacologie.	NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
GUÉNIOT	Obstétrique.	REITTERER	Histologie.
LEQUEUX	Obstétrique.	ZIMMERN	Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM	
ALGLAVE	Clinique chirurgicale.	LÉRI.	Clinique médicale.
AUVRAY.	Clinique chirurgicale.	MOCQUOT. . . .	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU. . . .	Clinique chirurgicale.	PROUST.	Clinique chirurgicale.
LIGNEL-LAVASTINE. .	Clinique médicale.	SCHWARTZ. . . .	Clinique chirurgicale.
LE LORIER. . . .	Clinique obstétricale.		

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire	} Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidents du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	
CHAILLEY-BERTI.	Stomatologie.
LEDoux-LEBARD	Éducation physique.
WEILL-HALLÉ	Radiologie clinique.
	Puériculture.

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

*Je dédie cette thèse en témoignage de
ma reconnaissance et de ma pro-
fonde affection.*

MEIS ET AMICIS

A M. LE PROFESSEUR LEJARS

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Qui nous a fait le très grand hon-
neur de bien vouloir accepter la
présidence de cette thèse ; nous lui
exprimons ici notre vive reconnais-
sance.*

A M. LE DOCTEUR PIERRE MABILLE
CHEF DE CLINIQUE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE PARIS

*Qui a bien voulu nous inspirer le
sujet de notre thèse et nous a four-
ni les observations.*

A M. LE DOCTEUR PISSAVY
MÉDECIN A L'HOPITAL COCHIN

*Qui nous a toujours réservé un bien-
veillant accueil, nous témoignons
notre respectueuse gratitude.*

A M. LE DOCTEUR LEJARD
ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DE PARIS
ASSISTANT A L'HOPITAL COCHIN

A M. LE DOCTEUR PIERRE ISAAC GEORGE
ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DE PARIS
ASSISTANT A L'HOPITAL COCHIN

A MES CHEFS D'INTERNAT DE BLOIS

M. LE DOCTEUR CROISIER
ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DE PARIS
CHIRURGIEN CHEF DE L'HOPITAL DE BLOIS

M. LE DOCTEUR MARMASSE
MÉDECIN-CHEF DE L'HOPITAL DE BLOIS

*Nous témoignons ici notre respec-
tueuse gratitude pour l'excellent
accueil qu'ils nous ont réservés
dans leurs services.*

A NOS MAITRES DE LA FACULTÉ DE
MÉDECINE DE PARIS

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX

MM. LES PROFESSEURS LEJARS, LEMIERRE

MM. LES DOCTEURS POTERAT (*in memoriam*),
CAUSSADE, RIBBIÈRE (*in memoriam*),
DEVRAIGNE, PISSAVY

Introduction

Le traitement des varices des membres inférieurs a été l'objet de nombreux travaux au cours de ces dernières années. Qu'il s'agisse d'une thérapeutique médicale ou d'intervention chirurgicale, les buts poursuivis ont été d'améliorer la circulation au niveau des troncs veineux dont les valvules sont devenues insuffisantes ou de supprimer par résection ou oblitération les veines dilatées.

Ces idées ont été mises en pratique dès la plus haute antiquité. Les Romains recouraient déjà à l'ablation des troncs variqueux et, au Moyen-Age, Avicenne conseillait la cautérisation par le fer rouge.

Plus tard, lorsque la technique des injections fut généralisée, grâce à la découverte de Pravaz, Desgrange et Valette de l'Ecole lyonnaise en 1851, Chassaignac à Paris en 1853 ont injecté le perchlore de fer dans les ampoules variqueuses pour en obtenir l'oblitération. Suivant la même idée thérapeutique, Tavel (Berne) employa l'acide phénique à 5 %. Nobl, de Vienne, une solution de glucose à 66 %, et les Allemands le bichlorure de mercure.

Ces méthodes ont été tour à tour abandonnées à cause de l'apparition d'accidents dus à la toxicité des solutions employées.

Ce n'est qu'au cours de ces dernières années que la technique des injections sclérosantes est devenue applicable grâce aux travaux de Sicard et de ses élèves qui ont montré l'innocuité des injections sclérosantes des solutions de carbonate de soude, de salicylate de soude, de quinine-urée, dont la toxicité est très faible.

Malgré les beaux résultats qui ont été obtenus, l'expérience a montré que cette méthode, non dépourvue de certains risques, garde des indications limitées aux varices de moyen volume et que, à elle seule, elle n'a pas résolu le problème du traitement des varices volumineuses des membres inférieurs.

Le traitement chirurgical des varices des membres inférieurs a passé par des étapes nombreuses. Trendelenbourg pratiquait la section des veines variqueuses entre deux ligatures, Schwartz conseillait des ligatures et des résections étagées. Le professeur Delbet, se basant sur l'insuffisance valvulaire de la saphène interne comme élément de premier ordre dans la pathogénie des varices, pratique l'anastomose saphéno-fémorale. Nous décrivons dans ce travail la résection de la crosse de la saphène interne, associée ou non aux injections

sclérosantes. Nous nous efforcerons de mettre en évidence quelques points particuliers de technique, ses indications et les résultats heureux qu'elle peut donner.

Etiologie et Pathogénie

L'étiologie des varices des membres inférieurs est diversement interprétée par les auteurs. Pour expliquer l'hypotonicité des veines atteintes, dans leur qualité physiologique : souplesse, élasticité, contractilité, on a invoqué une maladie veineuse dans laquelle le tissu noble des parois est étouffé par une prolifération conjonctive (Sicard) (1). Ces modifications pathologiques dans la tunique des vaisseaux paraissent plutôt secondaires à une affection générale. Les anciens les mettaient sous l'influence de l'arthritisme et faisaient rentrer dans le même cadre les hémorroïdes, coïncidant avec la goutte, la lithiase rénale ou hépatique, manifestations de la diathèse arthritique.

Ces temps derniers, on a beaucoup discuté sur le rôle des glandes endocrines dans la production des varices. On connaît les varices de la grossesse qui ne semblent pas occasionnées ni par la compression de l'utérus gravide, ni par l'augmentation de la masse sanguine chez la mère. Elles semblent plutôt dues à des troubles endocriniens liés avec

(1) Flygare, Thèse de Paris 1927,

l'état de grossesse. D'après Sicard, ce serait une hormone sécrétée par le corps jaune pour favoriser la distension des muscles utérins et annihiler sa tonicité, qui neutraliserait momentanément la sécrétion hypophysaire destinée à entretenir la tonicité des muscles lisses en général.

Pierre Marie a remarqué également la constance des varices chez les acromégaliques, affection liée à une insuffisance hypophysaire.

Vignes, en étudiant les circonstances qui accompagnent le développement des varices, chez les femmes enceintes, est arrivé à des conclusions d'une précision significative (1). Il a constaté que dans la majorité des cas les varices apparaissent avant que l'utérus puisse apporter un obstacle à la circulation dans les membres inférieurs. Par ailleurs, elle coïncide dans 66 % des cas avec des varicèzes, témoins d'une dystrophie du tissu élastique. Souvent, il y a coexistence entre les varices et les petits signes d'insuffisance thyroïdienne et le traitement thyroïdien est le seul à avoir donné avec le repos des améliorations rapides en cas de poussées variqueuses.

Dans la pathogénie des varices, nous relevons chez les différents auteurs des opinions très variées. Les causes mécaniques ont une influence certaine. L'effort et la fatigue, la station debout prolongée en favorisent l'apparition et nous expliquent la fréquence de cette affection dans certaines pro-

(1) Louvel, Thèse de Paris 1925.

fessions comme celles des coiffeurs, vendeurs de magasins, cuisiniers, sergents de ville.

A l'influence de la fatigue dans la position debout vient s'ajouter celle de l'effort musculaire exigé par certains sports. L'effort est une cause fréquente des dilatations veineuses, surtout s'il a lieu dans la position verticale et quand il est poussé jusqu'à la fatigue musculaire complète après les repas ou bien après absorption importante de liquide.

Les efforts qui ne sont pas entrecoupés de périodes de repos, surtout de repos allongé et de massages, laissent les veines congestionnées et finissent par provoquer des varices.

L'absorption exagérée des liquides est certainement une cause appréciable.

La congestion veineuse générale due à l'insuffisance cardiaque intervient également en provoquant une stase au point déclive.

Parmi les autres facteurs qui ont été invoqués, on trouve les troubles de composition sanguine qui résulteraient de l'insuffisance hépatique ou d'une mauvaise perméabilité rénale. Ces troubles, en modifiant la composition du sang, finissent par altérer les parois veineuses.

D'après MM. Delbet et Mocquot, l'anatomie pathologique et la physiologie pathologique des varices des membres inférieurs, sont dominées par la notion d'insuffisance valvulaire de la saphène interne. Les valvules sont forcées, déficientes, détrui-

tes. De la simple déficience physiologique à la suppression anatomique de ces valvules, tous les stades peuvent être réalisés.

La cause anatomique de cette lésion valvulaire nous échappe, c'est-à-dire plus exactement qu'elle ne paraît pas rapportée à un seul et unique mécanisme. Il peut y avoir inflammation avec modifications de la structure de la paroi veineuse, un forcement du système valvulaire par l'effet d'une pression trop forte, peut-être même une action secondaire sur les valvules et parois veineuses par des altérations sympathiques.

De toutes façons, l'insuffisance des dernières valvules de la saphène interne, au voisinage immédiat de la fémorale, une fois constituée, va amener une modification capitale dans la circulation de retour : augmentation de la pression veineuse dans la position verticale au cours des efforts et des mouvements.

Il en résulte des dilatations veineuses sous-jacentes qui vont avoir une tendance à augmenter progressivement. Secondairement, aux lésions veineuses et parallèlement à elles, apparaissent des troubles dans toute la nutrition du membre : œdème des tissus cellulaires, atteinte de la peau dans sa vitalité et dans sa structure, des phanères (poils et ongles), des os.

Les muscles, dont la circulation est défectueuse, travaillent dans de mauvaises conditions, d'où la fatigue, la lassitude, la gêne à la marche. Les nerfs

sont touchés surtout du côté des nerfs sensitifs. En effet, on note des névralgies, douleurs plus ou moins intenses.

Les filets sympathiques sont surtout gravement lésés. C'est par leur intermédiaire que les troubles trophiques s'installent. Ces altérations sympathiques sont appréciables histologiquement, mais aussi cliniquement.

On peut, à juste titre, discuter sur leurs caractères primitifs ou secondaires. L'idée de les considérer à l'origine d'un complexe variqueux est très défendable. Elle expliquerait parfaitement certains cas cliniques dans lesquels les troubles trophiques cutanés, les lésions veineuses, les lésions artérielles, au niveau des membres inférieurs, marchent de pair.

Dans l'ensemble, l'insuffisance valvulaire de la saphène interne apparaît comme le seul gros point anatomo et physio-pathologique assuré. C'est contre lui qu'il faut agir. Parmi les traitements proposés, seules l'anastomose saphéno-fémorale et la résection de la crosse de la saphène tiennent compte de cette déficience valvulaire et y remédient.

Examen Clinique

Cliniquement, les varices se présentent sous les aspects les plus différents. Nous noterons en passant ce que Louvel (1)), avec le Docteur Quiserne, appellent la période prévariqueuse, alors que l'existence des varices n'est révélée que par des troubles subjectifs en absence de toute dilatation apparente des veines superficielles.

On note une fatigue rapide à la marche, une sensation de pesanteur à la jambe, engourdissement du mollet, crampes suivies de fourmillements. Tous ces phénomènes s'atténuent dans la position horizontale.

Dans la période d'état, les varices peuvent se présenter sous forme de dilatation veineuse peu marquée, accompagnée de différents troubles associés : œdème, douleurs, troubles trophiques cutanés.

D'autres fois, nous nous trouvons devant des malades portant des dilatations volumineuses, les ampoules siégeant à la face interne de la cuisse, à la jambe, face interne, face externe, creux poplité. Ces ampoules peuvent acquérir dans certains cas du vo-

(1) Louvel, Thèse de Paris 1923.

lume d'une noisette à celle d'une noix. Le traitement de ces dernières surtout fera l'objet de notre étude. Elles sont chirurgicales, car c'est surtout dans ces cas que l'on trouve la maladie variqueuse à l'état pur.

Les premières, au contraire, posent plus proprement des problèmes médicaux, d'ailleurs très difficiles à résoudre et de ce fait à traiter.

L'examen local d'un variqueux devra rechercher l'aspect des varices dans le décubitus dorsal après le repos, dans la station debout après la marche pour pouvoir en apprécier le volume et l'étendue. Dans le décubitus dorsal elles sont vides, aplaties et si on relève la jambe au-dessus du plan du lit, elles s'effaceront encore plus. Dans la station debout, les varices se gonflent instantanément, deviennent tendues et proéminentes.

A la fin de la journée, apparaît l'œdème des malléoles.

Dans la marche, grâce à la contraction musculaire, les troubles qu'on observe dans la station debout sont amendés.

La palpation nous fournira un renseignement capital : l'impulsion à la toux. Cette impulsion, sensation de dilatation des ampoules variqueuses au moment de la toux, est un des signes de l'insuffisance valvulaire. Un autre signe de cette insuffisance est mise en évidence par l'épreuve de Trendelenbourg. Voici, d'après le Professeur Fongue (1), une description de cette épreuve.

(1) Fongue, Traité de Pathologie Ext.

« Lorsque le malade passe de l'horizontalité à la station verticale, le tronc de la saphène devient aussitôt turgide, mais il se remplit par reflux centrifuge, plutôt que par afflux centripète. Si, faisant lever le malade, vous placez le doigt vers l'embouchure de la saphène, et y exercez une compression convenable, vous percevez à ce niveau une impulsion due à l'onde sanguine, récurrente, « véritable coup de béliet hydraulique ». Levez le doigt, la veine se remplit et se tend brusquement ».

L'exploration du membre variqueux sera faite avec l'oscillomètre de Pachon, dans les trois positions : couchée, assise, debout. Les courbes de pression veineuse obtenues établiront si on se trouve en présence d'une insuffisance valvulaire et pourront permettre un diagnostic différentiel.

On recherchera l'influence de la marche sur les varices. En faisant marcher le porteur de varices, le Professeur Delbet (1) a noté d'abord la diminution de la tension de ces varices, puis leur volume. Mais quand l'insuffisance valvulaire de la saphène est avancée, ce dernier signe est peu appréciable à cause du reflux sanguin de haut en bas très marqué. Si on place un lien de caoutchouc à la partie moyenne de la cuisse, on fait disparaître le reflux. Dans ces cas, la contraction musculaire fait évacuer le sang par les veines profondes.

Nous ne reviendrons pas sur la nécessité d'un examen général approfondi du sujet. Il faut rechercher

(1) Pineyro, Thèse de Paris. 1924.

les traces d'infection latente des veines, petites veines enflammées en état de périphlébite chronique ou subaiguë, altération septique de la peau. Ces notions ont leur importance, quel que soit le traitement choisi : injections sclérosantes ou traitement chirurgical.

De ces examens, il paraît résulter certaines notions cliniques sur les varices indispensables à rappeler.

Les varices de moyen ou de petit calibre, douloureuses qui s'accompagnent de gros œdèmes, névralgies, modifications importantes de la peau qui est cyanosée ou granuleuse, dont les poils sont augmentés, les ongles déformés, surviennent chez une catégorie de malades dont les lésions sont importantes. Ce sont ceux qui présentent des troubles hépatiques et d'élimination rénale marquée ou bien des troubles endocrino-sympathiques nets.

Louvel cite un malade de Mathieu Pierre Weill, chez lequel l'apparition des varices a coïncidé avec une phase d'impuissance génitale et en même temps avec des symptômes nets de sympathicotomie : crises de sudation, accélération du rythme cardiaque par compression des globes oculaires.

Chez de tels sujets, les traitements locaux nous ont paru donner de mauvais résultats. Nous connaissons deux malades dont nous rapportons les observations plus loin, chez qui on a procédé à la résection totale de la saphène. Après cette opération qui date déjà de trois ans, ils présentent des œdè-

mes volumineux et douloureux des membres qui les ont transformés en infirmes. Aussi, sommes-nous d'avis de faire subir à ces malades un long traitement médical et hydro-minéral. On peut être aidé localement par des gaines élastiques, chaleur, applications modérées de U. V. qui donnent de bons résultats. Les varices consécutives aux altérations des veines profondes forment un processus fonctionnel auquel on ne doit toucher qu'après une très longue période de rééducation du membre et lorsqu'on est certain que la perméabilité profonde est rétablie. Encore ne faut-il agir qu'avec prudence en s'entourant de garanties que peut donner l'exploration du membre à l'oscillomètre.

Traitement

A. — Traitement Médical

Nous avons, dans le courant de ce travail, déjà indiqué les données générales.

Hygiène de la vie : Limiter et surtout réglementer les efforts musculaires. On pourrait, cependant, conseiller la marche surveillée et rationnellement pratiquée. Les contractions musculaires pendant la marche favorisent la circulation veineuse et préviennent les troubles mécaniques et trophiques. La marche est contre-indiquée si les phénomènes douloureux sont augmentés par eux, ce qui décèlera des symptômes inflammatoires du côté des veines.

Le repos allongé sera conseillé également après les repas, le régime alimentaire sera particulièrement surveillé, il faudra supprimer de l'alimentation les produits toxiques, qui par leur action directe ou indirecte, par l'intermédiaire du foie, lèsent l'endothélium vasculaire et modifient la composition sanguine. Eviter les ingestions rapides de liquides qui sont un élément important des dilatations veineuses.

Les médicaments prescrits seront les vasoconstric-

teurs : *hamamelis virginica* et *hydrastis canadensis* et on pourra leur associer des préparations décongestionnantes comme le marron d'Inde, *capsicum annum* et le *viburnum prunifolium*. Ces médicaments seront prescrits sous forme d'extraits fluides ou de teintures, par doses fractionnées. Les modificateurs sanguins comme le citrate de soude, apparaissent très nettement favorables en modifiant la viscosité sanguine et en allégeant le travail des veines.

Les extraits opothérapiques, thyroïde, surrénale, hypophyse chez l'homme, en plus l'ovaire chez la femme, à petites doses, suivant la posologie actuellement admise, ont une action certaine sur les fibres musculaires et sur les échanges intimes du tissu conjonctif. Elles agissent secondairement sur le sympathique qui entoure localement les vaisseaux.

Les frictions légères avec des vaso-constricteurs (menthol, camphre) soulagent quelquefois les malades.

Le traitement général comprendra également la cure des hypertensions veineuses abdominales, par la contention du ventre avec une ceinture, le traitement de la congestion hépatique, la suppression de la constipation. L'ablation d'une tumeur abdominale (kyste ou fibrome) sera quelquefois nécessaire. Le système circulatoire artériel sera soigné quand on pourra mettre en évidence des signes de défaillance du myocarde et des défauts de contractilité des vaisseaux.

On obtiendra ainsi des décongestions rapides et inattendues du membre inférieur gonflé, douloureux, aux varices très saillantes. Nous n'insisterons pas sur la nécessité de dépister et de soigner la syphilis, qui est à la base de complications cutanées chez les grands variqueux.

B. — Traitement Hydro-Minéral

Les stations de cure pour les variqueux sont nombreuses, mais chacune d'elles possède des indications particulières. Ainsi Plombières agit par l'amélioration des troubles intestinaux et par là son action s'étend sur l'intoxication. Brides, par la régularisation du fonctionnement hépatique. Barbotan, Néris, Bourbon l'Archambault donnent également de bons résultats. Mais les cures les plus efficaces sont celles de Bagnoles de l'Orne. La cure de Bagnoles sous forme de bain à température modérée, associée ou non à des massages et douches, a une action sur les fibres lisses vasculaires par l'intermédiaire du sympathique ; la circulation périphérique est activée, la nutrition générale des tissus améliorée.

Ces cures ont leurs indications. Leur efficacité est certain en s'abstenant de leur demander des résultats auxquels elles ne peuvent prétendre.

Le traitement hydro-minéral est indiqué là où les phénomènes douloureux et les œdèmes dominent la symptomatologie. Ils modifient d'une façon heureuse la circulation générale et la trophicité des tissus. Il est pratiquement sans effet sur le volume des paquets variqueux. Auxiliaire non négligeable du traitement des varices, il ne doit pas être considéré comme un procédé de cure radicale.

C. — La Contention Orthopédique

La contention orthopédique a été longtemps le seul moyen de traitement des grosses varices. C'est un pis-aller, mais il ne faut pas méconnaître sa nécessité dans certains cas : 1° Dans la suite des phlébites, une gaine très forte aide au membre à reformer son système veineux, soulage et abrège les suites pénibles de cette affection. 2° Chez les variqueux qui ne veulent pas accepter ni le traitement sclérosant ni le traitement chirurgical. 3° Chez ceux auxquels le traitement est difficilement applicable pendant une durée plus ou moins longue : varices de la grossesse, varices avec déficience cardiaque, varices avec septicité cutanée (ulcères, eczéma septique, ectyma) pendant la durée de la désinfection cutanée préalable.

D. — Le traitement sclérosant

Ce traitement, déjà proposé et mis en pratique, par des praticiens de tous les pays, a provoqué de nombreux accidents dus à la toxicité des produits injectés pour obtenir l'oblitération des veines. On avait recours, en effet, au sublimé, en solutions de 1 à 2 % (Schiff et Noble), à l'acide phénique à 5 % (Tavel de Berne), à la liqueur iodotannique (Delore). Toutes ces substances provoquaient des accidents d'intoxication plus ou moins graves. Pineyro cite plusieurs cas mortels publiés dans la littérature allemande. L'emploi du perchlorure de fer, préconisé en France par l'Ecole lyonnaise avec Desgranges, Valette, Barbier et Pétréquini et par Chassaignac à Paris, en 1853, provoqua également des accidents mortels à la suite de phlébite toxique ou de phlegmons diffus avec septicémie.

Après avoir connu une véritable défaveur, à la suite de ces échecs, la méthode des injections sclérosantes a été remise en honneur par Sicard. Il employait des substances peu toxiques tels que le carbonate de soude et le salicylate de soude. L'effet cherché, c'était une phlébite aseptique par irritation de l'endoveine et secondairement une rétraction des parois et l'oblitération du vaisseau. Les premiers résultats obtenus furent accueillis avec une grande faveur car il est incontestable que ce nou-

veau procédé marque un grand progrès sur les essais antérieurs et met le traitement médical à la portée de tous les praticiens.

Cette méthode s'est généralisée et on peut, à l'heure actuelle, en faire la critique sur un très grand nombre de cas traités et de travaux publiés.

Les accidents sont rares, mais néanmoins, il en existe. Le choc choloïdo-clasique qu'on observe après l'injection intra-veineuse de presque tous les sels employés a été constaté chez différents malades traités par cette méthode. Pâleur, frissons, tendance syncopale, ces symptômes sont souvent sans gravité, mais impressionnent et sont pénibles pour les malades et leur entourage. Peut-être des facteurs variés, comme la modification de la concentration des solutions employées, leurs altérations par le temps en sont responsables.

Des troubles généraux existent également et chez divers malades traités nous avons pu recueillir verbalement des renseignements notés dans nos observations. On a observé des crises de tachycardie prolongées, des troubles hépatiques avec subictère, des troubles digestifs, de l'urticaire. Localement, l'action de ces injections n'a pas, comme on le croit généralement, une action définitive. La méthode biométrique que le Docteur Mabille utilise pour la recherche des varices occultes peut donner d'utiles renseignements dans ces cas.

Voici ce que le Docteur Mabille écrit à ce sujet :
« ces injections réalisent une phlébite adhésive des

veines, constituant une ligature des paquets variqueux. La méthode biométrique indique, dans les premiers mois un tracé de reliquats de phlébite et non point la restitution ad integrum. Avec le temps le tracé se modifie. Je l'ai vu souvent reprendre les caractéristiques de l'insuffisance valvulaire ce qui coïncidait d'ailleurs avec le développement de nouvelles ectasies veineuses. On ne peut donc parler de guérison définitive des varices par cette méthode ».

Klapp, également, après avoir en 1923, essayé ce procédé, déclare que ces injections ne provoquent pas régulièrement l'oblitération des vaisseaux.

La durée des réductions obtenues n'est pas très longue. En huit mois à deux ans, les varices se dilatent de nouveau. Il faut recommencer la série d'injections surtout si le traitement général n'a pas été associé. Tout ceci ne veut pas dire, à notre avis, qu'il faut renoncer à cette ingénieuse méthode thérapeutique. Il faut cependant la limiter. Elle ne remplace pas à elle seule le traitement médical, hydro-minéral et chirurgical. Elle est d'une aide précieuse dans les varices localisées et dans les varices de moyen volume. Nous dirons combien elle peut être utile associée à la ligature de la crosse de la sa-phène.

E. — Les techniques opératoires

Nous ne rappelons que pour mémoire les techniques proposées comme celle de la ligature de l'artère fémorale par Mauclaire (1), la ligature de la veine fémorale proposée par Chévrier (2), la ligature de la veine poplitée par Parona, techniques à peu près abandonnées actuellement.

Le professeur Leriche (3) a appliqué sa méthode de sympathectomie à la cicatrisation des ulcères variqueux avec de bons résultats. Tout dernièrement, Godard d'Allaines et Rozeau, ont proposé la ligature de la saphène associée aux injections phlébo-sclérosantes. Dans les varices étendues à la cuisse et à la jambe, il pratique deux ligatures, une à l'extrémité supérieure de la saphène interne et l'autre un peu au-dessus du genou à sa face interne. La veine dénudée et pincée, ils injectent 20 à 30 cm³ d'une solution à 40 % de salicylate de soude, auquel ils ajoutent un tiers environ d'une solution de novocaïne 1 p. 200. La ligature de la saphène sans résection a été combattue à juste titre, car il est prouvé que rapidement la circulation se rétablit dans les veines et que, d'autre part, le fait de laisser intact

(1) Mauclaire. Résultats immédiats et éloignés du traitement chirurgical des varices. Congrès Français de Chirurgie 1910.

(2) Chévrier. De l'examen du reflux veineux dans les varices. *Revue de Chirurgie*, janvier 1908.

(3) Leriche. *Presse Médicale*, septembre 1917, page 613,

les collatérales hautes de la crosse de la saphène, constitue un élément de récurrence certain.

La saphénectomie a été proposée par Madelung. Hesse et Chack ont opéré plus de deux cents malades d'après ce procédé. Les résultats n'ont pas été satisfaisants car les récurrences ont été de vingt à trente pour cent. Les suites opératoires sont sérieuses et l'infection et la thrombose se présentent plus facilement, plus fréquemment, à la suite de cette opération que dans les autres. La convalescence est longue, les œdèmes ne sont pas rares. Terrier et Alglaive ont pratiqué l'extirpation totale des veines variqueuses (1). Cette opération ne s'est pas répandue d'une façon courante. Elle est longue, difficile, et nous paraît disproportionnée avec une maladie chronique peu grave. L'anesthésie générale est nécessaire avec tous les risques qu'elle comporte. La peau des jambes variqueuses est mal nourrie, les filets nerveux sympathiques sont sectionnés en grande partie, les cicatrices sont souvent douloureuses et nous rappelons plus loin le cas d'un malade qui après avoir subi cette opération présenté un gros œdème douloureux. Ce cas n'est pas exceptionnel.

Se basant sur la théorie de l'insuffisance valvulaire de la saphène dans la pathogénie des varices des membres inférieurs, le professeur Delbet a proposé l'anastomose saphéno-fémorale. En abouchant la saphène interne dont les valvules sont insuffi-

(1) Alglaive Résection totale des saphènes, Revue de Chirurgie 1906.

santes à la veine fémorale au-dessous des valvules de cette veine qui restent suffisantes chez les variqueux, on favorise la circulation de retour à un endroit où ces valvules protègent la saphène des excès de pression de la cavité abdominale.

Cette opération qui est longue, minutieuse et délicate à accomplir, nécessitant une anesthésie générale, suivie d'une longue convalescence, on ne peut pas la proposer aux malades qui craignent une grosse opération suivie d'un long séjour au lit. D'autant plus que les risques opératoires ne sont pas toujours sans gravité.

Dans l'excellente thèse de Pineyro (1), faite dans la clinique du professeur Delbet, nous relevons ces quelques chiffres : Hesse et Chack, sur 90 malades opérés, ont eu 13 cas atteignant 38° de température post-opératoires. Ces cas se répartissent ainsi :

— Complications pulmonaires.....	3 fois
— Néphrites exacerbées.....	1 fois
— Otites moyennes.....	1 fois
— Thromboses aseptiques.....	1 fois
— Suppurations superficielles.....	1 fois
— Causes indéfinies.....	6 fois

Dans douze cas, la température dépassa 38°.

— Complications pulmonaires.....	3 fois
— Thrombo-phlébites septiques.....	2 fois
— Thrombose aseptique.....	1 fois
— Causes indéfinies.....	6 fois

(1) Pineyro -- Thèse de Paris, 1924.

Cette méthode, tout en restant excellente, entre les mains d'un chirurgien accompli, pour les malades qui acceptent de subir une opération sérieuse, nous pensons que dans beaucoup de cas elle est en disproportion avec l'affection qu'il s'agit de guérir.

La résection partielle de la crosse de la saphène, faite seule ou associée à la sclérose immédiate des veines sous-jacentes, a été proposée dès l'apparition de la notion de l'insuffisance valvulaire de la saphène. Reprise par différents auteurs, qui l'ont plus ou moins modifiée, cette méthode rationnelle et simple, nous apparaît admirablement s'adapter à la guérison des varices volumineuses.

La technique que nous décrirons est celle que nous avons vu appliquer par le Docteur Pierre Mabile. Elle comporte un repérage très exact, de la crosse de la saphène. Pour ce faire, on trace la ligne unissant l'épine iliaque à l'épine pubienne. On repère le trajet de l'artère fémorale ; l'incision commence à 1 cm., en dehors de la ligne de Scarpa qui est située à un ou deux travers de doigt de la ligne artérielle. L'incision n'est pas forcément longue, sa longueur dépend essentiellement de la couche graisseuse à traverser. En général 4 à 8 cm.

L'anesthésie locale suffit toujours. Il est important d'avoir noté le repère avant le gonflement des tissus par l'anesthésique. On va directement jusqu'à la veine de volume énorme. Nous avons été étonné les premières fois par le volume de la crosse de la saphène qui peut varier de la grosseur d'un pouce à

celui de 2 à 3 doigts. La veine est maintenue béante par sa gaine aponévrotique formée par un dédoublement de l'aponévrose superficielle. Il faut inciser cette paroi vasculaire, ce temps est toujours un peu douloureux pour le malade. La veine diminue à ce moment de volume, on voit apparaître plus nettement les petites collatérales que l'on lie sans en omettre aucune. On lie en haut la crosse le plus près possible de l'abouchement avec la fémorale, en bas à 3 ou 4 cm. Il est bon de doubler les ligatures étant donné la rétraction élastique extraordinaire qui se produit. Le segment de veine est réséqué entre ces deux ligatures. On complète l'hémostase que l'on vérifie soigneusement, on fait quelques points au catgut 00 ou 000 sous la graisse, pour éviter la dépression cicatricielle. On ferme la peau avec des crins ou des agrafes Michel.

Si le repérage est bien fait, l'opération ne présente aucune difficulté, le malade est laissé au repos quelques jours par prudence. Aussitôt l'opération terminée, si le volume des varices laisse des doutes sur leur résorption complète, on injecte aux points les plus dilatés une ampoule de salicylate de soude à 10 ou 20 %.

Nous avons vu pratiquer par certains chirurgiens l'injection à ciel ouvert par le bout afférent de la saphène. C'est une question de détail qui n'a pas un gros intérêt à notre avis.

RÉSULTATS. — D'après les observations que l'on lira ci-après, on pourra se rendre compte de la ra-

pidité des guérisons obtenues. Nous avons adopté cette méthode car elle nous paraît devoir réunir de grands avantages. Elle est très simple. Avec un peu d'habitude et des précautions d'asepsie d'usage, elle ne comporte aucun risque et aucun ennui. Elle se passe en une région où les tissus sont sains. La dimension de la plaie diminue les risques d'infection, et restreint la durée de cicatrisation. Cette opération est rapide. Grâce à cette technique, résection simple ou associée à l'injection immédiate de produit sclérosant, on obtient la guérison définitive des varises en peu de jours, ce qui diminue la durée du traitement. La cicatrice petite est rapidement invisible si l'affrontement a été parfait. Au besoin on peut même pratiquer la suture intradermique chez les femmes.

Nous ne saurions trop insister en terminant, sur la nécessité d'associer le traitement médical et hydro-minéral à cette cure chirurgicale des varices volumineuses.

Observations

OBSERVATION I

Mme G..., des Lilas, 23 ans ; mère, 48 ans, bien portante ; père mort de cirrhose à 46 ans. Réglée à 16 ans, règles peu abondantes. Deux enfants : 3 ans et 1 an et demi, bien portants. Pendant la deuxième grossesse, crises d'éclampsie. Actuellement, époques très irrégulières tous les six mois. Leucorrhée très abondante.

C'est à la suite de son premier enfant que les varices apparurent aux deux membres inférieurs. Depuis un an, eczéma et pigmentation brunâtre à la face interne de la jambe droite. Les paquets variqueux ne dépassent pas le volume d'un pouce. Insuffisance valvulaire bilatérale typique. Le 11 mai 1927, D'U. 0 gr. 37, Hecht +, Wassermann douteux. Traitement général. Régime hyperazoté. Extrait ovarien. Sulfarsénol. Pomade au goudron sur l'eczéma. L'état général s'améliore. Le 18 juin, opération (Docteur Pierre Mabillet). Anesthésie locale. Ligature et résection de la crosse de la saphène aux deux jambes. Pas d'injections sclérosantes. Ablation des fils le 25 juin.

Malade revue fin juillet pour continuation du traitement Σ . L'eczéma a complètement disparu. Aucune gêne ni œdème. Octobre 1929, la malade donne de ses nouvelles qui sont excellentes. Pas de récédive.

OBSERVATION II

M. F..., Boulogne-sur-Seine, 49 ans, mécanicien-ajusteur. Son travail exige qu'il reste debout toute la journée.

Vu le 29 novembre 1926 : Varices énormes du haut en bas des deux jambes, datant de plus de 10 ans. Il semble qu'elles soient survenues après une grippe qui aurait beaucoup fatigué le malade. Ulcère variqueux à la jambe gauche, petite paume de main. Guéri une première fois par une immobilisation de 3 mois dans un hôpital militaire. S'est rouvert depuis. Gêne à la marche, douleurs et gros œdème le soir, le rendant presque infirme. Aucun trouble général appréciable. B.-W. négatif. Seulement le malade avait l'habitude d'ingérer plusieurs litres de liquide dans sa journée.

Le malade a subi pendant 4 mois un traitement par injections sclérosantes au salicylate de soude et des séances de rayons U. V. dans un « institut spécialisé ». Résultat mauvais. Récidive.

Nous lui conseillons un traitement général : régime, désinfection cutanée, vaccins en injections sous-cutanées. Opération le 24 décembre 1926 (Dr Pierre Mabilley). Ligature et résection de la crosse de la saphène aux deux jambes. Injection d'une ampoule de citrate de soude dans un gros paquet variqueux de la face interne de la jambe gauche.

Le 2 janvier, ablation des fils. Reprend le travail le 5 janvier. A donné récemment de ses nouvelles. La guérison s'est maintenue parfaite.

OBSERVATION III

Mme B..., Paris, 40 ans. Varices importantes des deux jambes de haut en bas, qui ont commencé à 20 ans, mais ont

beaucoup augmenté il y a 4 ans. Insuffisance valvulaire des saphènes très nettes aux épreuves oscillométriques.

T. A. membre horizontal 15-9. L = 3. Début T. A. 19-10. L = 6.

Gêne à la marche, œdème le soir, qui disparaît incomplètement le matin.

Etat général : constipation, antécédents hépatiques nets, crises douloureuses, vomissements, subictère fréquent. Son frère, médecin, a prescrit déjà, à plusieurs reprises, calomel, boldo, régime. Antécédents arthritiques. Tous les membres de la famille sont atteints de varices.

Traitement par injections sclérosantes, qui est mal supportée : urticaire, ébauche de choc colloïdologique à la 4^e séance. Sol. employée : salicylate de soude.

La sclérose des paquets variqueux reste incomplète.

Opération décidée au bout d'un an et pratiquée par le Dr Pierre Mabilie en novembre 1926.

Réséction de la crosse de la saphène aux deux jambes.

Pas d'injections sclérosantes. Petite incision, suture intradermique. Résultat parfait. Malade revue en 1928 et 1929 par son frère. La guérison se maintient.

OBSERVATION IV

Mme D..., Paris, âgée de 44 ans. Varices importantes avec insuffisance valvulaire de la saphène, apparues à 17 ans. Depuis quelques années, les varices ont grossi et sont devenues douloureuses. Pas d'enfants, pas de fausse couche. T. A. : 14-9.

Pas de troubles généraux. Subit un traitement par injections sclérosantes (quinine-urée), qui n'amène pas une diminution rapide ni durable des ampoules variqueuses. Demande elle-même à être opérée.

Opération pratiquée le 12 mai 1927 (D^r Pierre Mabillet).

Technique décrite. Pas d'injections sclérosantes. Guérison parfaite. Pas de récurrence depuis.

OBSERVATION V

M. C..., Paris, coiffeur.

Varices énormes des deux jambes. Paquets du volume d'une mandarine. Décidé à se faire soigner, car il y a peu de temps une rupture de varices lui a occasionné une hémorragie considérable. Opération le 9 mai (D^r Pierre Mabillet). Ligature et résection des deux crosses de la saphène. Injections en trois endroits de salicylate de soude à 20 %. Au bout de 10 jours, reprend son travail. Il ne restera plus que quelques ampoules volumineuses au-dessus des malléoles. Quelques injections sclérosantes complètent le résultat. Traitement toni-cardiaque, indiqué par une déficience cardiaque (ancien gazé de guerre, sclérose pulmonaire).

Actuellement, octobre 1929, la guérison se maintient.

OBSERVATION VI

Mlle B..., Paris, infirmière. Obèse 92 kg. Taille 1 m. 65. Troubles hépatiques, mauvaise élimination rénale.

Varices énormes des deux jambes qui gênent la marche et rendent la station debout pénible. Eczéma de la face interne de la jambe gauche.

Traitement général : théobromine, purgation, cure de jeûne. Neptal. A perdu 10 kg. en 3 mois. Opération pratiquée le 27 avril 1927, par le D^r Mabillet.

Ligature des crosses avec résections. Pas d'injections sclérosantes. Guérison parfaite en quelques jours.

A depuis été suivi médicalement, mais ne s'est jamais plainte de ses jambes.

OBSERVATION VII

Mme B..., Paris.

Taille, 1 m. 61 ; poids, 124 kg. Père mort à 42 ans, de cardiopathie. Mère bien portante. Un enfant bien portant, âgé de 10 ans, et cinq fausses couches. Mal réglée, perd peu.

T. A. 20-14. Varices volumineuses aux deux jambes. Ulcère variqueux jambe gauche. Les varices remontent à sa grossesse. A été soignée pour son ulcère pendant des années, dans des cliniques privées et dans diverses consultations hospitalières. Décembre 1923. Régime alimentaire : cure de fruits, purgations fréquentes au sulfate de soude. Opothérapie et vaso-constricteurs. Iode.

En 1924, son poids atteint 112 kg.

La malade se sent mieux, son ulcère s'est cicatrisé spontanément, sous l'influence de l'amélioration de l'état général.

En février 1926, son poids augmente de nouveau.

Suit un traitement d'injections sclérosantes, mais sans grand résultat. Amélioration de l'état général par régime et traitement médical. Opération en décembre 1927, à l'hôpital Cochin (D^r Mabile).

Ligature et résection de la crosse des deux côtés.

Pas d'injections sclérosantes. Excellent résultat.

La malade donne de ses nouvelles en 1929.

Elle ne souffre plus de ses jambes. Les varicés ne sont pas réapparues.

OBSERVATION VIII

Mme H..., 46 ans, couturière, pas d'enfants.

Varices volumineuses à la jambe droite. Ulcère variqueux à la face interne de cette jambe, datant de 15 ans, qui s'ouvre et se ferme de temps en temps. A été soignée par un médecin spécialisé par pansements varilés et injections sclérosantes. Wassermann négatif. U. S. 0 gr. 50. Exagération des réflexes rotuliens. Sclérose artérielle. Eréthisme cardiaque. T. A. 19-10 (Brigt léger). Traitement médical pendant huit mois.

Régime alimentaire hypoazoté. Solution de Bourget-Passflo-né. Injections intra-variqueuses de salicylate de soude. On traite l'ulcère par vaccins locaux.

Opération en 1927. Hôpital Cochin (D^r Mabillet).

Ligature et résection de la crosse de la saphène de la jambe droite. Reprend son travail au bout de 10 jours. Résultat parfait.

Revue en septembre 1929. Plus de varices. Plus d'ulcère. Ne souffre plus de sa jambe.

OBSERVATION IX

M. L..., 54 ans.

Varices volumineuses des deux jambes, qui ont débuté depuis des années. A subi, il y a quelques années, une série d'injections sclérosantes, mais les varices ont réapparu presque aussi volumineuses qu'auparavant.

Elles sont devenues douloureuses, s'accompagnent d'œdème et gênent considérablement la marche. Opération en mai 1929 (maison de santé) par le D^r Mabillet. Ligature et résection de la crosse de la saphène aux deux jambes. Pas d'injections sclérosantes. Le malade sort le sixième jour, absolument guéri. Depuis n'a plus souffert de ses jambes.

OBSERVATION X

Mme F..., Paris, 45 ans. Varices importantes de la jambe et de la cuisse droite. Troubles circulatoires, essoufflement, dyspnée d'effort. Nervosité exagérée.

Fibrome volumineux qui provoque constamment une stase abdominale. Règles irrégulières, abondantes, durée 4-5 jours, devant l'impossibilité de guérir ses varices devenues douloureuses, on conseille l'ablation du fibrome (janvier 1926).

On continue à la traiter par des injections sclérosantes, mais en octobre 1927 se décide à l'opération pour ses varices (Dr Mabillet).

Technique décrite. Bons résultats. Les varices ne sont plus réapparues, mais il persistait cependant des douleurs légères dans sa jambe, moins intenses qu'auparavant et une certaine sensibilité avec infiltration de la peau qui est mise sur le compte d'une cellulite et traité avec succès en 10 séances par la diathermie et U. V.

OBSERVATION XI

M. S..., Paris, 29 ans.

Varices des deux jambes apparues dans la convalescence d'une fièvre typhoïde à l'âge de 18 ans. N'en a jamais souffert. Depuis deux ans, cependant, éprouve une pesanteur gênante le soir, après une fatigue légère. Insuffisance valvulaire typique, paquets volumineux comme des grosses noix.

Examen oscillométrique. T. A. couché 16-9, debout, 22-14. N'a subi aucun traitement, sauf une cure à Bagnoles l'année dernière.

Opération 16 mars 1928 (Dr Mabillet), ligature et résection

des deux crosses. Injection de quinine-urée, dans une ampoule très volumineuse de la jambe droite. Reprend son travail au bout de 10 jours. Guérison parfaite. Revu en novembre 1929, à l'occasion de ce travail en excellent état.

OBSERVATION XII

M. G..., de Feguière (Somme), 60 ans.

Malade maigre, les jambes sont peu musclées.

Les varices entourent le mollet d'un réseau considérable.

Troubles des ongles de la peau.

Eczéma variqueux avec pigmentation.

T. A. 13-8. Ind. 2. Les varices sont apparues à la suite des efforts musculaires pendant la guerre.

Opération en septembre 1926 (D^r Mabilie).

Ligature et résection de la crosse des deux saphènes. Pas d'injections sclérosantes associées. Guérison. Malade revu cet été. Pas de récurrence.

OBSERVATION XIII

Mlle Jacqueline B..., Paris, 24 ans. Grande constipée, léger syndrome entéro-rénal avec colibacillémie. Présente des varices de la jambe gauche, qui grossissent et inquiètent la malade au point de vue esthétique.

Comme le volume des ampoules variqueuses n'est pas considérable, on se borne à des injections sclérosantes avec quinine-urée.

Le lendemain de la 5^e injection (décembre 27), apparaissent des douleurs vives. Il existe, à l'examen, un trajet douloureux, rouge, œdématié à la face interne de la jambe. Phlébite localisée traitée immédiatement par compresses, pommade

au collargol. Temp. 39°2. Le 3^e jour, devant la tendance à l'extension du processus inflammatoire, on a recours à l'injection de 3 cc. de Propidon. Réaction vive 40°, délire léger pendant la nuit ; deux jours après se forme une collection fluctuante. Elle est incisée à l'anesthésie locale. Le pus examiné ne contient que des colibacilles. Immobilisation pendant 1 mois. Guérison avec grosse cicatrice.

OBSERVATION XIV

Mme G..., 64 ans, présente des varices aux deux jambes depuis des années, avec eczéma et pyodermite de la jambe droite. Malade éthylique avec gros foie et troubles digestifs.

Traitée par injections intra-variqueuses de salicylate de soude (D^r Léon Mabile) présente, après la 1^{re} injection (novembre 1926) une vive réaction de toutes les veines du membre inférieur droit. Douleurs, empâtement, rougeurs de la cheville, sous l'emplacement d'un paquet variqueux.

Traitée par compresses chaudes, vaccins, la collection s'évacue en quelques jours. Pas de contrôle bactériologique.

Ces deux dernières observations montrent qu'en dehors de toute faute d'asepsie, les injections sclérosantes peuvent amener des réactions inflammatoires locales, ce qui n'a rien de surprenant « étant donné la septicité fréquente des ampoules variqueuses » (1).

OBSERVATION XV

Mme V..., 38 ans.

A subi pour des varices volumineuses des deux jambes une série d'injections sclérosantes (produit x), se présente avec un

(1) Pineyro, Thèse de Paris, 1924.

gonflement des membres à la suite d'une de ces injections. On sent mal les veines qui paraissent thrombosées. Douleurs vives. Temp. 38°5.

Le diagnostic porté par D^r de Ferry est de phlébite. Elle est traitée par une gouttière et des enveloppements chauds. Au bout de 8 jours, température toujours 38°, pas de collections, mais la malade présente un infractus avec crachats sanglants et point de côté. Ces infractus de petit volume se répètent presque tous les jours pendant 12 jours. Traitée à ce moment par vaccins polyvalents, urotropine, métaux colloïdaux. Les accidents cessent et après une immobilisation de deux mois, la malade guérit. Il persiste une induration de tout le réseau veineux du membre et les varices ont totalement disparu.

OBSERVATION XVI

M. J..., 43 ans, mécanicien. Apparition d'une ectasie veineuse à la face interne de la jambe droite en 1919.

En même temps, tache marbrée et troubles trophiques de la cuisse droite. En 1923, le nombre et le volume des varices augmentent. Douleurs et gros œdème à la fin de la journée. Plaie variqueuse à la partie inférieure de la jambe. Subit un traitement de 12 injections sclérosantes, à l'hôpital Necker. Après chaque séance, inflammation locale. Le malade est forcé de rester 2 jours couché en se faisant des applications de compresses humides. Aucune amélioration. En février 1925, le malade entre à l'hôpital Cochin, où il subit la résection totale des spahènes. La plaie ne se fermant pas il subit un traitement de U. V. et radiothérapie.

Rentre à Cochin en juillet 1925, où il subit une seconde intervention. La plaie finit par se fermer, mais depuis le malade présente une jambe déformée par un gros œdème douloureux qui l'empêche d'exercer son métier.

Conclusions

1° L'insuffisance valvulaire de la saphène constitue l'élément essentiel de l'anatomie et de la physiologie pathologique des veines du membre inférieur.

2° L'examen clinique complet du malade est nécessaire pour différencier les différentes espèces de varices. Il sera sanctionné par un traitement général, régime alimentaire, agencement meilleur des efforts, traitement médicamenteux par les vasoconstricteurs, l'organothérapie, modificateurs du sympathique.

3° Les injections sclérosantes seules ne sont pas toujours capables d'amener rapidement et sans risques, la guérison des varices volumineuses de la saphène.

4° La méthode de la résection de la crosse de la saphène, associée ou non à l'injection de matières chi-

miques dites sclérosantes amène la guérison des varices dans un délai rapide.

5° Les heureux résultats obtenus ne comportent aucun risque et ils sont durables.

Vu, le Doyen, *Vu, le Président,*
ROGER. LEJARS.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLETY.

Bibliographie

- ALLEN C. V. — Removal of varicose veins of the leg with local anesthesia. — *U. Bl. U. S. J.*, 1916-1917, LXIX, 621-622.
- ALZIEN. — Des phlébites variqueuses et de leurs traitement chirurgical. — *Thèse Montpellier*, 1912.
- ALGLAVE. — Indications de la résection totale des varices superficielles des membres inférieurs. — *Presse Méd.*, 18 mars 1911.
- La résection totale des varices superficielles des membres inférieurs. — *Journal médical français*, septembre 1921.
- BAKELOFF. — Une nouvelle méthode de traitement des varices du membre inférieur. — *Thèse Lausanne*, 1910.
- BAZELIS. — Du traitement des varices en particulier par les injections phlébo-sclérosantes. — *Thèse Paris*, 1924.
- BAVACH. — Ueber Phlebectasie. — *Wien. Med. Woche*, 1914, CXIV, 2154-2157.
- BELLOT. — Cure médicale des varices par les injections intra-veineuses de quinine-urée. — *Arch. de méd. et de pharmacie nouv.*, Paris, 1922, CXII, 378-399.
- BRIQUET. — Dissertation sur Phlébectasie. — *Thèse de Paris*, 1826. — *Archives de Méd.*, 1825.
- BLAKE J.-B. — Varicose veins. — *Internat. Chir. Phila.*, 1918, 285, II.
- CHARPY, JACQUES, HOVELACQUE. — Anatomie des veines. — *Traité d'anatomie de Poirier*, etc.

- COUDRAY. — Traitement des varices et des hémorroïdes au moyen des injections sclérosantes.
- COUDERC. — Opération de Freudelenbourg. Traitement des ulcère variqueux par résection de la saphène. — Thèse de Paris, 1897.
- CANAPRIER. — La clinique des varices des membres inférieurs. — Thèse Bordeaux, 1907.
- CARLIER. — Les varices dans l'armée et leur traitement chirurgical. — Thèse de Paris, 1905.
- CHARRADE. — De la ligature et de la résection de la veine saphène int. dans le traitement des varices. — Thèse Paris, 1892.
- DELBET. — Pathologie des varices des membres inférieurs. — Congrès intern. de Méd. Paris, 1906.
- DELBET et MOCQUOT. — Les varices des membres inférieurs et leur traitement. — *Rev. Chir. de Paris*, 1913.
- DELBET. — Anastomose saphéno fémorale. — *Soc. de Chirurgie (B. et M.)*, Paris, 1916, XLIII, p. 1105.
- DELBET. — Varices. — *Progrès médical Paris*, 1921.
- DURAND G. — Méthode biométrique par le diagnostic des états variqueux et le choix de leurs thérapeutiques. — *Presse Méd. Paris*, 1919.
- ECONOMOS C. P. — Traitement des varices par l'excision de la veine saphène interne. — Thèse Toulouse, 1893.
- EHVENPREISS. — Du traitement des varices par la méthode de Sicard. — *Journal de Méd. de Paris*, 1921, p. 584.
- FORESTIER J. — Le traitement des varices par injections intravariqueuses. — *Progrès méd.*, 1923, p. 31.
- GALANIDÉS. — Les varices occultes diagnostiquées par la méthode de Mabile. Traitement par l'anastomose, saphène fémorale de Delbet. — Thèse de Paris, 1920.
- GUIMBELLOT. — Le traitement chirurgical des varices. — *J. de méd. et chirurgie pratique*, Paris, 1922.

GÉNÉVRIER. — Le traitement des varices et ulcères variqueux par les injections coagulantes concentrées de sels de quinine. — *Monde Méd.*, 1^{er} octobre 1922.

HECKER V. — Verein jachiry der operative behandlung der varicen der ureterer Extremitate. — *Klin. therap. Voche*, Berlin, 1920, XXVII, 1-7.

HAMON E. — Contribution à l'étude de la résection totale des veines saphènes variqueuses. — *Thèse Montpellier*, 1910.

HESSE et SCHACK W. — Die anatomich-physiologische und klinishe Bewertung der sapheno pleurovaler. Anas-tomose bei varicen unter besonder. Beruchsvchting nug der Deuer resultate dieser Operation. — *Beit. z. Klin. chir.*, 1921, 124, p. 1-84.

— Die sapheno-femorale Anostomose. — *Arch. f. Klin. Chirurg.*, t. 95, p. 1-2.

JOLY. — Du rôle de l'appareil digestif dans l'étiologie et pathogénie des varices. — *Gazette Médicale*, Paris, 15 mars 1908.

— L'action de Bagnoles sur les varices. — *La Clinique*, juin 1910.

— Du traitement des varices par les injections sclérosantes. Ses conséquences lointaines. Ses indications. — *Evolution méd. chirurgicale*, mars 1926.

LORIVEL. — Traitement méd. des varices des membres inf.

LEGENDRE. — Considération sur le traitement des varices. — *Thèse Paris*, 1881.

LÖHR. — Treatment of varices. — *Deutch. Zeitch. f. Chirurgie*, juillet 1921, p. 165.

MABILLE. — Méthode biométrique pour le diagnostic des états variqueux et le choix de leurs thérapeutiques. — *Presse Méd.*, 11 sep. 1919.

— Les varices internes des membres inférieurs existent-elles ? — *Rev. de Pathol. comparée*, juillet 1921.

- MURPHY J.-B. — Varicosae veins of by multiples resections.
— *Surg clin. Phila.*, 1916, V. 269.
- MATHIEU. — Le traitement des varices par injections intra-variqueuses de quinine. — *Marseille Méd.*, 1923.
- MONNEROT. — Le traitement actuel des varices. — *Soc. des chirurgiens de Paris*, février 1927.
- NOBL. — Der variköse symptomenkomplex. — *Über und Sch-witzenberg Berl. u. Wie.*, 1918.
- ROCHARD. — De chlorhydrate de quinine et de salicylate de soude dans le traitement des vaccins. — *Monde Médical*, mai 1928.
- PINEYRO. — Anastomose sapheno-pleurale. — Thèse de Paris, 1924.
- PETIT. — Indications et contre-indications de la cure thermale de Bagnoles-de-l'Orne. — *Thèse Paris*, 1914.
- QUISERNE. — Maladie des veines et cures thermales. — *Journal médical français*, sept. 1921.
— Le traitement médical des varices. — *Journal de médecine et chirurgie pratique*, 1922, p. 153.
- SICARD, PARAF et LERMOYEZ. — Les injections intra-variqueuses de carbonate de soude. — *Marseille Médical*, 23 janvier et 14 février 1920.
- SICARD, PARAF et FORESTIER. — Pathologie des veines, des injections intra-veineuses. — *Journal Méd. Français*, sept. 1921.
- SICARD, PARAF et LERMOYEZ. — Les injections intra-variqueuses de salicylate de soude. — *Presse Méd.*, 1922.
- SCHWARTZ. — Un traitement chirurgical des varices du membre inférieur. — *Congrès français de Chirurgie*, XXII^e session, 1898, p. 568.
- VIGNES. — Les circonstances qui accompagnent le développement des varices chez les femmes enceintes. — *Progrès Médical*, oct. 1924.
- VACHERON. — Traitement sclérosant des varices. — *Presse Méd.*, déc. 1928.

